

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

153

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme Universitaire*)

PAR

Marcel KARPEL

Né le 29 Mars 1914, à Podwoloczyska (Pologne)

Le chancre syphilitique
du front

Président : M. GOUGEROT, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Marcel KARPEL

Né le 29 Mars 1914, à Podwoloczyska (Pologne)

Le chancre syphilitique du front

Président : M. GOUGEROT, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	LÉON BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	MARION.
Clinique d'accouchements.	LÉVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale.	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	LEMAÎTRE.
Clinique propédeutique.	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	BEZANÇON.
Clinique cardiologie.	MATHIEU.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale.	LAUBRY.
	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

A MON PÈRE et A MA MÈRE,

qui m'ont aidé si bien dans mes études médicales.

Faible témoignage de ma tendresse filiale et de ma reconnaissance infinie.

PLAN DE LA THESE

Le plan de cette thèse comprend six chapitres et une bibliographie.

1^{er} chapitre. — **Historique.**

2^e chapitre. — **Les cas observés.**

3^e chapitre. — **Manifestations ganglionnaires anormales.**

4^e chapitre. — **Formes cliniques et évolution.**

5^e chapitre. — **Diagnostic et pronostic.**

6^e chapitre. — **Statistiques et conclusions.**
Bibliographie.

tionne de même le chancre de la bouche et du sein de nourrices.

Toutefois la première publication rigoureusement scientifique, nous la trouvons au XIX^e siècle. C'est la monographie de Sigmund sur le Syphilome de la lèvre (1854), sur les Syphilides vaccinales (Auspitz, 1864, Mracek 1880).

Depuis les Syphilomes extra-génitaux ont leur place en médecine et Fournier peut écrire en 1881 que « la connaissance de ces contagions insolites, excentriques, extraordinaires n'est pas seulement affaire de curiosité; elle comporte un intérêt sérieux, un intérêt véritablement clinique ».

Le chancre du front commence à être cité vers le milieu du XIX^e siècle dans les statistiques de Clerc et Martin. Plus tard, Fournier publie dans sa statistique 2 cas de chancre du front.

Après Fournier, les statistiques deviennent très nombreuses parmi lesquelles de Münchheimer, Bul-kley, Schener, Ruhl, qui signalent des chancres du front.

LES CAS OBSERVES

Les observations sur le chancre du front sont rares et éparses. Des chancres du front s'observaient probablement aussi avant le XIX^e siècle, mais le diagnostic ne fut jamais posé. Les observations recueillies dans cette thèse constituent la plupart des observations connues sur le chancre du front.

Pour comprendre les raisons de la rareté de ce Syphilome extragénital, on doit tenir compte de la grande solidité de la peau, continuellement exposée à l'action directe de l'air, la moindre exposition aux lésions par le rasoir, aux lésions de grattage. Ensuite le front est aussi le siège habituel de l'acné juvénile, préservé ainsi du baiser porteur des germes.

Le baiser paternel est souvent la cause de cette grave infection. Le baiser du front est plus rare dans la vie érotique que celui des lèvres, de la face, des oreilles, des yeux, où les manifestations érotiques sont beaucoup plus fréquentes. La région du front est ainsi moins exposée au contact infectant et même dans des situations d'une bassesse extrême, il se maintient à un certain degré de supériorité.

En somme le front ne joue pas un grand rôle, ni dans la vie érotique normale, ni dans la vie érotique perverse.

I^{re} OBSERVATION (1871)

Paliard, interne des hôpitaux de Lyon, dans le service de M. Morat, fait en novembre 1871 l'observation suivante : le 11 novembre 1871, entre à l'Hôtel-Dieu le nommé X..., atteint d'une plaie céphalique siégeant au-dessus de la bosse frontale gauche, et qui, d'après le récit du malade fait depuis quelques jours des progrès incessants. Cette plaie aurait succédé à une égratignure faite environ six ou sept semaines auparavant par la griffe ou les dents d'un petit chien couché avec lui sur le même grabat. Pendant assez longtemps, il n'y aurait eu qu'une simple érosion, en rapport avec l'agent qui l'avait produite, après l'ulcération se serait produite, aurait grandi peu à peu et serait enfin arrivée au point où elle se présente actuellement.

Il y a, en effet, sur la région susdite une plaie de la largeur d'une pièce de 5 francs, d'un aspect repoussant, couverte sur ses bords d'une croûte noire, résultat du feutrage de cheveux, de pus et de sang durci. En certains points, la croûte semble se détacher des parties profondes, à d'autres elle y adhère fortement. Elle est fortement perforée à son centre et laisse voir un fond grisâtre à bourgeons mamelonnés, baignés dans un pus sanieux. Ce qui est plus remarquable encore que l'aspect de l'ulcère, c'est l'apparence de l'auréole inflammatoire qui l'entoure; celle-ci, en effet, est constituée par un gonflement violacé et œdémateux de la peau, qui s'étend à six ou huit centimètres au moins et va se perdre dans les tissus sains du front et du cuir chevelu. Les parties ainsi tuméfiées se laissent un peu déprimer par le doigt: la douleur n'y semble pas vive. Le seul signe de ce genre est fourni lorsqu'on essaie de toucher avec le doigt le fond de l'ulcère.

Un point constaté postérieurement à la discussion à laquelle ce fait a donné lieu et qui a une grande importance, c'est que l'ulcère et les parties molles qui l'entourent peuvent glisser légèrement sur les parties profondes.

Des ganglions post-auriculaires, l'un d'eux remarquable surtout au niveau de l'apophyse mastoïde, forment une pléiade qui se perd autour de l'insertion du sterno-mastoïdien. Les ganglions sont légèrement douloureux et sans tendance à la suppuration.

L'aspect insolite de cette plaie, sa marche, l'apparence de la tuméfaction qui l'entoure, enfin la pléiade ganglionnaire qui semble la conséquence, tout éveille l'attention et dirige vers l'idée d'une affection syphilitique. En même temps, la chemise du malade en s'entr'ouvrant laisse apercevoir, sur sa poitrine, une superbe roséole, qu'un examen plus complet fait découvrir sur tout le tronc et les membres. Dès lors, pour nous, plus de doute, l'ulcère céphalique est un chancre, et un chancre primitif.

Il s'agit d'expliquer maintenant la singulière origine que lui attribuerait le malade, origine sur laquelle il ne varie pas. Le chien qui l'a griffé ou mordu fait partie d'une troupe de chiens savants appartenant à la fille du malade, qui exerce la profession de saltimbanque. Cette fille, de l'aveu de son père, serait de mœurs plus que légères et s'il faut en croire le récit de la concubine de notre malade, elle serait en proie à un véritable érotisme.

L'examen de cette fille aurait une grande importance et nous avons fait notre possible pour l'obtenir; seulement comme elle est en voyage, nous avons dû nous contenter l'espoir de le faire un jour. A son défaut, nous avons procédé à celui de la concubine sus-dite et nous avons pu nous convaincre qu'elle ne pouvait pas être la cause de l'infection du malade.

Nous en sommes donc réduits à penser que le petit chien de saltimbanque a réellement pu devenir l'agent de transport du virus.

Nota. — Depuis la discussion à laquelle ce fait a donné lieu, la marche de la maladie, celle de la cicatrisation de l'ulcère, l'influence décisive du mercure sans iodure de potassium, tout est venu confirmer le diagnostic de chancre primitif qui avait été porté.

Remarque

Il est à remarquer que le diagnostic a été posé et

affirmé, rien que par les caractères cliniques de la lésion, car en 1871 n'existait pas encore un laboratoire capable d'analyser des réactions sérologiques. La Bactériologie non plus, n'était pas encore née, mais nous sommes déjà à la veille des travaux de Pasteur. Quant à l'étiologie, elle serait discutable même aujourd'hui.

2° OBSERVATION (1900).

MM. Hallopeau et Trastour ont observé en 1900 un chancre induré sourcilier consécutif à une morsure. Voici l'observation: le nommé François L..., âgé de 46 ans, charretier, entre le 7 novembre 1900, salle Bazin, lit n° 39.

Le malade atteint d'une ulcération siégeant sur l'arcade sourcilière du côté gauche, au niveau de l'extrémité interne du sourcil. Cette ulcération a succédé, nous affirme-t-il, à une morsure faite à ce niveau par un camarade au cours d'une rixe, il y a environ deux mois.

Le malade raconte que sur la morsure s'est formée une croûte qui bientôt est tombée; à sa place il s'est développé, au bout d'environ trois semaines, un petit bouton qui a rapidement augmenté de volume et s'est accompagné d'une adénopathie pré-auriculaire et sous-maxillaire gauche, laquelle persiste encore en ce moment.

Il y a trois semaines, il est venu à la consultation pour la première fois, mais, malgré l'administration de pilules de proto-iodure et l'application d'emplâtre de Vigo, son ulcération ne se cicatrisant que lentement, il s'est décidé à entrer dans notre service.

Actuellement, l'ulcération est en voie de cicatrisation; sa forme est irrégulièrement losangique avec une partie centrale croûteuse et partie périphérique d'un rouge vif. Elle a environ 2 centimètres et demi de longueur sur

1 centimètre et demi de largeur; elle est entourée d'un bourrelet rosé dont la couleur va en décroissant vers la périphérie. Epais de 1 centimètre environ, ce bourrelet forme, avec l'ulcération qu'il environne, une masse de la grosseur d'une pièce de deux francs environ empiétant à la fois sur le front, sur la racine du nez et sur le grand angle de l'œil gauche.

La palpation montre l'existence d'un gros ganglion pré-auriculaire gauche.

Il existe aussi de l'adénopathie sous-maxillaire du même côté, les ganglions susépitrochléens sont de même très volumineux; enfin, il existe une pléiade ganglionnaire considérable au niveau de chaque pli inguinal. D'autre part, on ne trouve pas des ganglions cervicaux postérieurs. A l'examen du tronc, on constate une roséole très nette et en outre quelques syphilides papuleuses sur les épaules, et sur la région lombaire. Il n'y a pas d'autres manifestation syphilitiques.

Celles que nous venons d'énumérer suffisent à confirmer le diagnostic de chancre induré, qui ne peut d'ailleurs faire l'objet d'un doute. Ce chancre est remarquable par l'étendue de son induration.

Remarque

Nous voyons dans cette observation que ici aussi le diagnostic a été fait par des moyens cliniques. En ce qui concerne le traitement il n'y a pas de progrès, car l'arsénobenzol n'est pas encore découvert.

3° OBSERVATION (1922).

MM. Pautrier et Zimmerlin présentent à une réunion dermatologique de Strasbourg en 1922, un malade avec un chancre du front dont l'histoire est la suivante:

Le nommé B... Auguste, âgé de 47 ans, se présente

à notre consultation le 24 avril dernier. Sept semaines auparavant, il avait vu apparaître, au niveau de la bosse frontale droite, une « élevation » rouge, qui augmenta rapidement de dimensions. Une semaine environ après son apparition, cette lésion devint ulcéreuse, creusant petit à petit en profondeur, pendant que le pourtour de l'ulcération prenait une teinte rouge foncé et s'infiltrait.

Peu de jours après, le malade vit apparaître un gros ganglion pré-auriculaire du côté droit, puis un second, à l'angle du maxillaire du même côté; quelques jours plus tard, des adénopathies similaires se formèrent du côté gauche. Ces ganglions étaient durs et indolores.

Pendant les semaines suivantes, l'ulcération centrale de la lésion se cicatrisa et le pourtour s'affaissa légèrement.

1° Lorsque le malade se présente à nous on distingue, au niveau de la région frontale, à droite une lésion ayant sensiblement les dimensions d'une paume de main d'adulte, assez nettement surélevée, de forme irrégulièrement arrondie de couleur rouge brunâtre, offrant un centre cicatriciel déprimé.

A un examen plus attentif, on peut discerner deux lésions distinctes de la lésion du centre, qui est la lésion primaire. Elle a les dimensions d'une pièce de cinq francs et fait une saillie nette au-dessus du niveau de la peau saine avec un centre fortement déprimé en cupule, cicatriciel. Elle est arrondie et fortement indurée;

2° Tout autour de cette lésion première sur une étendue irrégulièrement circulaire de cinq à huit centimètres les téguments sont rouges et infiltrés, dessinent une vaste lésion irrégulièrement arrondie, mesurant onze centimètres dans son plus grand diamètre transversal sur douze centimètres dans son plus grand diamètre vertical. Les bords en sont nettement arrêtés par place, peu nets en d'autres endroits. Dans toute cette étendue la peau présente une teinte rouge-cuivre foncé; par endroits, elle est recouverte de croûtes jaunâtres, que l'on détache assez facilement. Bien que moins saillant que la lésion centrale, tout ce placard est légèrement surélevé sur la peau saine environnante et, au toucher, on sent

une infiltration profonde de toute la région atteinte. Sans qu'il y ait adhérence véritable aux plans profonds, l'empâtement est tel qu'on ne mobilise presque pas, ou avec peine, les téguments sur le plan osseux. L'infiltration diminue insensiblement à mesure qu'on s'éloigne du centre et se confond insensiblement avec la peau saine. Cependant une peau empâtée se continue dans la région temporale droite jusqu'avant de l'oreille.

3° Dans la région pré-auriculaire droite, gros ganglion de la dimension d'une grosse noisette, entourée d'une zone d'empâtement, mais dur et indolore. Ganglion de la dimension d'une petite noisette à la région pré-auriculaire gauche. Dans la région sous-maxillaire, des deux côtés, plusieurs ganglions de dimensions variables, allant de celle d'un pois vert à celle d'une noisette, durs et indolores roulant sous le doigt. Chapelet de petits ganglions le long du sterno-mastoïdien. Le cuir chevelu est, dans sa totalité, criblé d'éléments papuleux et papulo-croûteux, de la grosseur d'un pois vert, de couleur rouge sombre.

4° Sur le tronc et les membres, semis de papules, de dimensions variables allant de celle d'un grain de plomb à celles d'un très gros pois, de couleur rouge cuivre, recouvertes en partie de petites squames. Elles sont disséminées sans ordre. Dans la région lombaire, on trouve une papule géante ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs, de couleur rouge-cuivre, recouverte de fines squames, entourée d'un semis de minuscules papulettes, souvent péri-pilaires affectant une disposition corymbiforme.

Aux mains et aux pieds on trouve sur les faces palmaires et plantaires de nombreuses syphilides caractéristiques, représentées par des taches rouge-bistre, arrondies, de la dimension d'une très grosse lentille, recouvertes en partie de squames blanchâtres adhérentes, ou encerclées par un liséré d'épiderme corné décollé.

Au gland et sur la face interne du prépuce, quelques papules érosives. Aucune trace de chancre. Tout petits ganglions rares, dans les deux aines.

Discussion: Lorsque le malade se présenta à notre

consultation non encore déshabillé, et offrant seulement à l'examen l'énorme lésion frontale, mesurant 12 centimètres sur 11 centimètres, de couleur rouge-cuivre, avec dépression centrale, infiltrée, le premier diagnostic auquel on put penser était celui du Syphilome tertiaire. L'examen du corps pratiqué aussitôt après ce qui révélait une Syphilis secondaire extrêmement floride et en pleine activité, réformait aussitôt cette impression. L'absence de tout chancre et de toute cicatrice de chancre aux organes génitaux, la quasi-absence de ganglions inguinaux indiquaient qu'il fallait chercher ailleurs la porte d'entrée de l'infection. Revenant alors à la lésion frontale et l'analysant de plus près, on était frappé de l'aspect de sa partie centrale. Avec sa dépression cicatricielle, le bourrelet, surélevé, qui l'entourait, et la palpation, des ganglions préauriculaires bilatéraux et des ganglions sous-maxillaires droits, ne permettait plus de douter que l'on se trouvât en face de l'accident primitif.

Quel a pu être le mode de contamination? Il n'existe pas de syphilitique dans l'entourage du malade, à sa connaissance. Par contre, il se serait blessé, précisément dans la région frontale droite par le port d'un masque et d'une perruque au cours des fêtes du mardi-gras. Cette date pourrait correspondre comme délai d'incubation, avec celle de l'apparition du chancre, et il n'est pas impossible que ce mode de contamination soit authentique.

La forme du chancre, sa dépression centrale et la surélévation des bords correspond à la variété cupuliforme décrite par Fournier, et plus particulièrement à la variété dite « en lampion ».

Fournier avait également insisté sur la fréquence des chancres énormes, hypertrophiques géants au niveau de la face. Les dimensions d'une pièce de cinq francs présentées par l'accident primitif de notre malade, ne sont donc pas pour nous surprendre. Mais ce qui est plus anormal, c'est l'existence tout autour du bourrelet qui limitait le chancre, de cette vaste nappe rouge-cuivre de 5 à 8 centimètres de diamètre, saillante, très dure et très infiltrée, presque adhérente au plan osseux, se continuant jusqu'au niveau du ganglion pré-auriculaire et

présentant tous les caractères d'une infiltration tertiaire à type de Syphilome. Le siège même de cette lésion ne nous a pas permis de faire de biopsie mais il est certain que tout autour de l'accident primitif, il y a eu une pululation tréponémique intense avec réaction cellulaire très importante, réalisant une lésion à type de tertiarisme clinique. L'intensité de l'infection tréponémique se traduit encore par l'abondance des ganglions de toute la région céphalique, l'existence d'une éruption papuleuse confluyente de tout le cuir chevelu et la floridité de l'éruption de tous les téguments.

Remarque.

La nappe d'infiltration qui entoure le chancre du front, ressemblant à un Syphilome tertiaire, peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Il faut retenir aussi de cette observation l'étiologie extrêmement rare par le port d'un masque et d'une perruque au cours des fêtes du mardi-gras.

4° OBSERVATION (1924).

M. Albert Serra a fait une observation très intéressante sur un malade porteur de 2 chancres, dont un sur la lèvre et un sur le front.

En 1910, vint à la consultation un jeune charretier de Volianova âgé de 23 ans, qui présentait un syphilome nodulaire ulcéré de la lèvre inférieure à la commissure droite et un autre syphilome nodulaire sur la bosse frontale du même côté. Soigneusement interrogé, il nous assure n'avoir jamais eu de rapport sexuel, ni s'être approché d'une femme de mauvaise vie, ni avoir embrassé personne. C'était un jeune ingénu ignorant tout. On s'efforça de lui faire comprendre l'affection qu'il avait et

les modes de contamination possibles. A la fin, il réussit à nous apprendre que, sortant de Cagliari avec une voiture chargée, il ramassa à terre un bout de cigare encore allumé, finit de le fumer et le conserva aux lèvres, quoique éteint, pendant presque tout le voyage. Il nous dit, en outre, qu'ayant été piqué en route par des moustiques, il toucha les endroits piqués, particulièrement le front, avec le bout de cigare ramassé sur la route. Ceci s'était passé une trentaine de jours avant que le malade vint à la clinique et les lésions dataient d'une dizaine de jours à peine. Ayant tenu ce malade en observation, nous vîmes apparaître les adénopathies ganglionnaires dans les régions sous-maxillaire, latéro et rétro-cervicales et après une quarantaine de jours, les accidents secondaires (éruption maculo-papuleuse diffuse du tronc, plaques muqueuses des piliers, de bords de la langue, etc.).

Remarque.

L'observation est intéressante, car elle nous montre d'une part que personne, même les individus les plus innocents, ne sont pas à l'abri d'une infection syphilitique. D'autre part, on peut remarquer la grande variabilité de l'étiologie qui se trouve souvent là où on la soupçonne le moins.

5° OBSERVATION (1925).

M. Francesco Ronchese présente dans un article sur les chancres extra-génitaux l'observation suivante:

Le nommé S. A., âgé de 35 ans, employé, entré le 26 mai 1923, sorti le 25 juin 1923. Diagnostic : 2 syphilomes dont 1 sur la lame interne du prépuce et l'autre sur la région frontale, dans la moitié gauche.

Il a eu une blennorragie en 1917. Dernier coït le 15 février. Après une semaine apparaît un ulcère de la lame

interne du prépuce. Diagnostiqué par un spécialiste de Padoue comme Syphilome, celui-ci a pratiqué 2 injections intraveineuses de 914. Le malade n'a pas continué le traitement, devant partir pour des affaires. Après 30 jours de l'apparition du Syphilome préputial, il voit apparaître une lésion dans la moitié gauche du front, qu'il considère comme un furoncle ordinaire. Après quelque temps, il le voit augmenter. Il nie d'avoir eu des rapports sexuels ou de s'être exposé à une nouvelle infection. Il voit un médecin qui juge la lésion comme étant de nature spécifique. Présenté au dispensaire Celtico, il y fut admis.

Examen objectif. — La lame interne du prépuce présente une lésion dure, indolore, gangréneuse au centre, ulcérée en surface, 2 gros ganglions indolores dans la région inguinale.

Dans la moitié gauche de la région frontale près de la ligne médiane, il présente une lésion cutanée, grande comme une pièce de 2 lire, circulaire, à bords nets, soulevée à la périphérie, entourée d'un anneau rouge et puis de peau saine. Le fond a un aspect fougueux, de couleur chair musculaire. A la palpation, il est dur comme du pergament. Gros ganglions durs, mobiles à la région préauriculaire et sous-maxillaire, surtout à gauche. Sur la peau du tronc il présente une roséole. On peut considérer la lésion frontale comme étant apparue 20 jours après l'accident primitif de la verge. A l'examen microscopique, on trouve des tréponèmes sur le prépuce et sur le front. Le Bordet-Wassermann est très fortement positif (++++). La cure de calomel et de 914 a cicatrisé rapidement les lésions. Actuellement le malade continue son traitement chez un confrère. Le B. W. est devenu négatif et les cicatrices sont presque invisibles. Il ne présente pas des lésions du système nerveux.

Remarque.

Cette observation est intéressante à cause de l'étiologie probable par auto-infection. Le malade a touché probablement son prépuce dans un moment d'inattention.

et a passé ensuite la main sur le front. Cette étiologie est encore discutée à l'heure actuelle, mais elle n'est pas impossible.

6° OBSERVATION (1929).

MM. Gougerot et Burnier ont publié en 1929 un cas de Syphilome du front. Voici l'observation :

D. Louis, âgé de 30 ans, de nationalité italienne et habitant en France depuis 8 ans, vient consulter en décembre 1928 pour une lésion croûteuse du front existant depuis un mois et demi.

A l'examen on constate au-dessus de la racine du nez, vers l'extrémité interne du sourcil gauche une lésion surélevée et infiltrée, de la grandeur d'une pièce de 1 franc; sa surface est mamelonnée, inégale, recouverte de croûtes, légèrement suintantes, ses bords sont irrégulièrement arrondis.

L'examen minutieux des divers territoires ganglionnaires, pré et rétro-auriculaires, sous-maxillaires, cervicaux, ne permet pas de déceler le moindre ganglion.

Il existe par contre quelques petits ganglions inguinaux et épitrochléens.

En raison de l'absence de ganglion satellite, nous hésitions à porter le diagnostic ferme de chancre syphilitique et nous soulevions l'hypothèse d'un bouton d'Orient, en raison de l'origine italienne du malade.

Mais l'ultramicroscope montra la présence de tréponèmes et le Wasserman fut trouvé complètement positif. La cicatrisation du chancre fut obtenue avec 4 injections de Novarsénobenzol et il ne persiste plus actuellement qu'une tache pigmentée brunâtre à la place du chancre.

Le mode de contamination n'a pu être élucidé chez ce malade.

Remarque.

Les chancres sans manifestations ganglionnaires sont exceptionnels. Fournier donne seulement 3 cas sur 5.000. Sur la cause de ces anomalies, on ne donne à l'heure actuelle encore, que des hypothèses.

7^e OBSERVATION (1938).

MM. Touraine et Solente ont observé en 1938, dans le service de M. Touraine à l'Hôpital Saint-Louis, un cas de chancre du front, provoqué par une morsure au cours d'une rixe. L'histoire de la maladie est la suivante:

B. Germain, âgé de 38 ans, nous consultait le 7 octobre pour une plaque rouge arrondie et très légèrement croûteuse de la taille d'une pièce de 1 franc, occupant le milieu du front. Presque cicatrisée, elle présentait pourtant encore, un ou deux points légèrement érodés. Elle était un peu saillante et indurée.

En même temps, on notait des adénopathies importantes et typiques. Deux prétragiennes, et du côté droit, deux gros ganglions, l'un parotidien, l'autre rétroparotidien, ce dernier de la taille d'une noix, un peu sensible et s'accompagnant d'un léger trismus. Les autres territoires ganglionnaires étaient indemnes. L'interrogatoire nous apprit les faits suivants: le 23 juillet au cours d'une altercation, l'adversaire de notre malade l'étreignit et lui imprima ses dents sur le front en serrant un peu. Cette morsure, immédiatement lavée à l'eau simple, laisse une petite plaie qui se cicatrisait. Mais vers la fin d'août seraient apparues deux érosions minuscules dont l'une se guérit promptement et l'autre fut l'origine de la lésion constatée.

La recherche des tréponèmes pratiquée par nous le 7 octobre fut positive à la fois dans la lésion et par ponc-

tion ganglionnaire. Le Wassermann encore négatif alors est devenu brusquement positif le 14 octobre, après deux injections de cyanure de mercure et deux Novarsénobenzol. En même temps, le 14 octobre apparaissait sur les membres supérieurs et la partie supérieure du dos et du thorax une roséole maculeuse, qui ne persista que 24 heures, roséole remontée comme dans des cas semblables la décrivait notre maître Jeanselme, roséole relativement tardive apparue environ 50 jours après le chancre. L'agresseur de notre malade a pu également être examiné par nous. Il a eu son chancre il y a 4 ans et demi et a contaminé sa femme à la même époque. La sérologie confirma alors le diagnostic. Il reçut à ce moment en 3 ou 4 mois une trentaine d'injections intramusculaires, puis ne fit plus de traitement. Sur ses 4 enfants, 2 sont nés depuis la maladie de leur père. L'un, âgé de 2 ans, a une grosse tête avec front olympien. L'autre, âgé de 3 mois, présente un coryza syphilitique, avec des rhagades et un léger hydrocèle. Leur père est atteint de laryngite chronique et de temps en temps, des petites érosions buccales. Il en avait au début de septembre. Les Wassermann, Hecht et Kahn sont actuellement tous positifs et son Vernes est à 39.

Nous relèverons dans cette observation les traits suivants :

1. *L'étiologie spéciale.* — Il n'est pas exceptionnel qu'une morsure provoque un chancre. Fournier, Neumann, en citent plusieurs cas. L'observation de Hallopeau et Trastour se rapporte à un chancre de l'arcade sourcillière, provoqué par morsure. Mais la question d'une inoculation secondaire possible de la plaie demeure fréquemment en suspens, car la syphilis de l'agresseur n'est souvent que soupçonnée. Dans notre cas, celui-ci a pu être examiné et l'inoculation primitive devient dès lors bien plus probable.

2. *La longue durée de la période présérologique et de la seconde incubation* (50 jours environ) sont également à noter, puisque les chancres céphaliques passent pour s'accompagner d'une roséole précoce.

3. Enfin la *contagiosité* persistante de la Syphilis de

l'agresseur après 4 ans et demi et un traitement initial de 3 ou 4 mois qui semble avoir été assez intensif est un fait d'importance. Cette contagiosité semble avoir eu comme cause des plaques muqueuses buccales à récides prolongées que Fournier rattachait à la Syphilis secondaire tardive.

Remarque.

Le chancre extragénital par morsure est assez fréquent, mais surtout à la face, aux lèvres et aux oreilles. Les morsures du front proviennent dans des circonstances spéciales, au cours des rixes par exemple. D'ailleurs dans le chancre du front toutes les étiologies sont possibles.

MANIFESTATIONS GANGLIONNAIRES ANORMALES

Rabourdin cite, dans sa thèse de Paris 1912, l'adénopathie d'un malade de Rille décrite avec beaucoup de précision par celui-ci: « Il y a sur la ligne médiane du front, une région très étroite dont les vaisseaux lymphatiques vont aux canaux lymphatiques du nez qui s'anastomosent avec les vaisseaux lymphatiques de la face pour aller aux ganglions sous-maxillaires ».

Aussi, est-il normal que, comme conséquence de ces données anatomiques, Rille constate que les ganglions sous-angulo-maxillaires du côté droit soient en chapelet et plus gros qu'un œuf de pigeon, très proéminents et que, par suite, ils empêchent d'ouvrir la bouche. Les ganglions correspondants du côté gauche sont moins augmentés de volume, à la hauteur du pli de flexion du cou, ils sont de la grosseur d'une noisette.

Les autres vaisseaux de la région, dit Rille, se dirigent sur le vertex et sur la région de l'artère temporale superficielle. Ils débouchent dans les ganglions lymphatiques de la région parotidienne. Il est d'ailleurs d'accord avec les anatomistes français (Testut, *Traité d'anatomie*), qui nous disent que, dans ce trajet, les lymphatiques frontaux se dirigent en bas, et en dehors, et descendent au-devant de l'oreille. Rille

trouve en effet le ganglion préauriculaire droit plus gros qu'une noisette et fuyant sous la pression du doigt.

La région, où les vaisseaux lymphatiques se comportent comme nous venons de l'indiquer est tellement étroite que même dans le cas de Rille, où cependant le chancre est médian, on trouve aussi de l'engorgement des ganglions où aboutissent les vaisseaux lymphatiques pariétaux: ce sont les ganglions mastoïdiens. Ces ganglions, dit Rille, sont dans le même état que les ganglions sous-maxillaires et forment avec eux une agglomération unique.

Ainsi, dans les cas de chancre de la région frontale, nous devons rechercher l'adénopathie au niveau des ganglions sous-maxillaires, des ganglions parotidiens, parmi lesquels nous chercherons le ganglion préauriculaire, enfin, au niveau des ganglions mastoïdiens.

Dans leur observation, MM. Pautrier et Zimmerlin présentent un malade, qui a autour de son chancre une infiltration en nappe étendue, représentant une lésion analogue à un véritable Syphilome tertiaire. C'est une forme de lymphangite particulière due probablement à l'intensité de l'infection.

M. Bizzozero présente un malade en 1923, avec un syphilome initial du front au-dessus du sourcil gauche avec infiltration périphérique. Il y a en plus 2 plaques nettement distinctes, d'un aspect identique, desquelles une est située sur le trajet des lymphatiques du Syphilome initial sur le ganglion préauriculaire et l'autre est superposée sur le ganglion préauriculaire. Ces lésions seraient dues à la prolifération du tréponème durant la migration le long des voies lymphatiques et sont attribués avec une certaine pro-

tabilité d'une part à une intensité particulière de l'infection, de l'autre part à une altération sénile de la peau. Les fibres élastiques, dégénérées presque en totalité, ont perdu la propriété de contribuer à la tension normale des tissus et il s'est créé autour de la peau inflammée des conditions propices à une dilatation des veinules et des lymphatiques.

Dans l'observation de MM. Gougerot et Burnier, nous avons remarqué déjà l'absence des manifestations ganglionnaires de la région correspondante.

FORMES CLINIQUES ET EVOLUTION

De toutes les observations présentées dans cette thèse, on peut se faire déjà une idée suffisante des différents aspects du chancre du front. Néanmoins un petit résumé peut être parfois utile.

Formes cliniques. — *a)* Forme croûteuse. On constate une croûte épaisse, brunâtre ou jaunâtre, arrondie, nettement limitée, grande comme une pièce de 50 centimes ou de 2 francs et reposant sur une base indurée.

b) Forme ulcéreuse. — Ce peut être une simple érosion plate, à surface lisse, de coloration rouge chair musculaire ou bien une véritable ulcération creusante, cupuliforme, parfois limitée par un bourrelet périphérique, et reposant sur une base indurée, parfois chondroïde, presque liqueuse.

Evolution. — Ne laissent après eux qu'une cicatrice superficielle et lisse. Au début, sa coloration est rougeâtre, puis elle se pigmente et se décolore ensuite pour devenir plus blanche que les tissus voisins; parfois la cicatrice blanchâtre reste pendant quelque temps entourée d'un anneau pigmenté.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Diagnostic. — Il est facile si on y pense. Dans les chancres peu étendus, la confusion a été avec plaque d'impétigo, d'eczéma, d'herpès, avec un furoncle. *Dans les chancres exubérants*, le diagnostic se pose avec les syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses, l'adénopathie satellite fait, dans ce cas, habituellement défaut; l'évolution est plus torpide, aucune explosion secondaire ne suit l'apparition de la lésion; on trouve souvent des antécédents syphilitiques; la recherche du tréponème est habituellement négative.

Le chancre mou est très rare à la face et au front. L'aspect de lésion est ulcéreux, ses bords sont entaillés, son fond inégal, jaunâtre, sa base est souple, l'adénopathie est absente au début, et plus tard, il prend une allure inflammatoire. Enfin et surtout on en fait le diagnostic par la présence du bacille de Ducrey dans le pus et par l'antoinoculabilité.

Pronostic. — *La gravité est due* non au siège de l'inoculation, mais d'une part au terrain organique du sujet infecté, et d'autre part à la méconnaissance fréquente de ces chancres de siège anormal, et par conséquent au retard apporté au traitement.

Les chancres céphaliques sont souvent les avant-coureurs d'une syphilis nerveuse. Peut-être les tré-

ponèmes gagnent-ils rapidement les méninges en cheminant le long des gaines lymphatiques perinerveuses.

La gravité des chancres céphaliques n'est pas admise par tous.

Dujardin a observé 53 cas, pour la plupart céphaliques, et il estime que la réaction méningée est seulement plus précoce, mais ne prédispose pas aux complications nerveuses.

STATISTIQUES

Nous donnons tout d'abord une statistique résumée de tous les auteurs qui se sont occupés de la question ou qui ont rencontré des chancres du front dans leur pratique médicale. Ensuite nous exposons les statistiques de plusieurs auteurs, plus en détail.

	Nombre de chancres	Femmes	Hommes	Ch. extra- génétaux	Chancres du front
Bureaux					1
Buzzozero					1
Fournier	10.006				2
Gougerot et Burnier . .					1
Halm					1
Hallopeau et Trastour . .					1
Herczeg				437	2
Jadassohn					1
Krefting				539	1
Lang					1
Mason					1
Martin					1
Minassiau				9	1
Minelli					1
Morat					1
MorelLavallée					1
Munchheimer				46	1
Neumann	4.634	2.822	1.812	207	3
Pauly					1
Pautrier et Zimmerlin . .					1
Poray-Koschitz					1
Poret					1
Porter				54	1
Pospelow					1
Protzek					1
Rabourdin				38	2
Ramognini				517	2
Rille				546	1
Rouchese				98	1
Ruhl				45	2
Sainz de Aja					1
Salsotto				201	1
Serra				28	1
Touraine et Solente . .					1
Trivet					1

Fournier dans une première statistique trouve, sur 849 syphilomes céphaliques, 2 du front et dans une autre statistique 2 du front sur 94 du visage. Dans son « *Traité de la Syphilis* » il donne 3 cas de chancres du front sur les 10.006 chancres de sa pratique médicale.

Rabourdin, dans sa thèse de Paris de 1912 sur le chancre syphilitique du cuir chevelu note, sur ses 38 cas, 2 à considérer comme des chancres du front, celui de Taylor et celui de Allen.

Ramognini (1922), sur 517 cas dont 335 céphaliques, en a 1 du front.

Cas isolés décrits par:

Lang, Trivet (cité par Bulkley), Poray-Koschitz. Monographie citée dans l' « *Archio für Dermatologie und Syphilis* », Morat, *Pouly* trouve un chancre chez un ouvrier après blessure du travail avec une roséole. Il admet une réinfection; Salsotto, *Munchheimer* trouve 1 cas personnel sur 46. Les statistiques colligées par lui de 220 auteurs du monde entier ne lui donnent que 3 cas de chancre du front (Hahn, Minnelly et Pauly). Il publie aussi en 1897 une statistique d'après les pays différents:

	Chancre du front et des tempes
France, Belgique et Colonies	15
Russie, Pologne et Asie	6
Etats-Unis d'Amérique	5
Italie	6
Allemagne, Suisse et Hollande	4
Grande-Bretagne, Irlande et colonies	3
Danemark, Norvège et Suède	5
Autriche-Hongrie	6

Pautrier et Zimmerlin et Bizzozero décrivent une forme particulière avec lymphangite. Kogoj cite, dans le traité de Jadassohn, un cas de chancre du front par grattage; Neumann cite 3 cas par morsure.

CONCLUSIONS

1) Aucun travail d'ensemble n'a été consacré jusqu'ici au chancre du front. Les observations que nous avons pu réunir nous permettent de préciser l'étiologie de cet accident et d'exposer les principaux caractères de sa localisation et de son adénopathie.

2) *Etiologie*: Le chancre peut être dû à une morsure, à une cigarette, à un grattage, par un masque (quoique exceptionnellement), par un baiser et, probablement, à de nombreuses autres étiologies.

3) Nous devons chercher l'adénopathie aux ganglions sous-maxillaires, aux ganglions parotidiens, parmi lesquels nous trouverons le ganglion préauriculaire et parfois aussi aux ganglions mastoïdiens.

4) Le chancre peut donner lieu à des erreurs de diagnostic justement à cause de sa rareté et il faut toujours y penser. Il importe aussi de faire rapidement le diagnostic pour pouvoir traiter tout de suite le malade.

Vu: *Le Président de Thèse*,
H. GOUGEROT.

Vu: *Le Doyen*,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Université de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BULKLEY (L. Duncan). — « Syphilis in the innocent »
New-York Bailey.
- BIZZOZERO. — Giornale italiano delle malattia del
pelle, 1923.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire, article « Chancre syphi-
litique », de Rollet.
- FOURNIER. — Traité de la Syphilis, 1899.
- GOUGEROT et BURNIER. — Chancre syphilitique du
front avec adénopathie régionale (*Annales des ma-
ladies vénériennes*, 1929).
- HAHN, — Munchener Medizinische Wochenschrift, 1916.
- HALLOPEAU et TRASTOUR. — *Bulletin de la Société
de Dermatologie*, 1900.
- JADASSOHN. — « Handbuch der Haut und Geschlechts-
krankheiten ».
- KREFTING. — Archiv für Dermatologie und Syphilis,
1894 et 1897.
- F. MASON. — Medical press and circ., London, 1874,
p. 355.

MINELLI. — *Giorn. ital. d.m.d.p.*, n° 2, 1914

MORAT. — *Lyon Médical*, mai 1872.

MUNCHHEIMER. — *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1897.

NEUMANN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1902, n° 39.

PAULY. — *Lyon Médical*, 1891.

PAUTRIER et ZIMMERLIN. — *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 17 mai 1922.

RABOURDIN. — *Thèse de Paris*, 1912, « Le Chancre du cuir chevelu ».

RONCHESE Francesco. — *Giorn. ital. di dermatologia i Sifilologia*, 1925, p. 1123.

RUHL. — *Giorn. ital. d. m. v. et p.*, 1918.

SERRA. — *Annales des maladies vénériennes*, 1924, n° 8, p. 561.

